



加州
保健護理管理部
獨立醫療審查計畫
請求健康計畫資訊 (RHPI)

加快請求
請在 24 小時之內
返回 DMHC

醫療保健管理部 (DMHC) 已收到來自健康計畫登記者的申請，請求針對下列爭議的健康醫療服務進行獨立醫療審查 (IMR)：(例如：拒絕治療)

有爭議的醫療服務或治療方法：_____

登記者姓名：_____ 登記者地址：_____

會員 ID 號碼/SSN _____ 登記者 DOB：_____

計畫涵蓋範圍 (HMO、POS、PPO 等)：_____

為了處理 IMR 申請表，DMHC 會向登記者的健康計畫組織請求獲得其他資訊。

請完成以下所有資訊：(注意：健康計畫組織可以提供其他資訊給 DMHC 以澄清事實。)

- 確認登記者目前受保該健康計畫的條件。是/否 終止日期：__/__/__
 - 該計畫認為此案例適用於 IMR 嗎？是/否
 - 該計畫的拒絕信副本和對上述爭議的最後否決。(請附上。需要時，請附上與該計畫的涵蓋範圍證明相關的重要部分)。
 - 請陳述拒絕的具體原因：_____
- 包括健康計畫拒絕的參考文件。

該計畫的拒絕原因根據下列哪些因素：(請選取核取方塊)

保險受益範圍	<input type="checkbox"/>	醫療必要性	<input type="checkbox"/>
實驗性/研究性治療方法	<input type="checkbox"/>	ER 或緊急護理要求拒絕	<input type="checkbox"/>

- 治療方法是否涉及到藥物治療拒絕？是/否
- 治療方法是否涉及到心理健康服務拒絕？是/否
- 請提供 ICD - 9、CPT - 4 或適合登記者狀況和請求服務的其他法規。
ICD - 9 法規：_____ CPT - 4 或其他服務法規：_____
- 請求或提供的醫療服務是在網路內還是在網路外？_____
- 是否已提供治療方法給登記者？是/否
- 如果拒絕緊急/ER 索賠，健康計畫組織應確定並提供所依據的具體事實、記錄或部分記錄，關於該拒絕的所有醫療記錄之完整、清楚的副本，以及索賠表的副本。

- 請註明計畫組織收到登記者申訴的日期。__/__/__.
- 請註明登記者的申訴獲得解決的日期。__/__/__.
- 申訴情況是否已加速處理？如果是，請簡要說明：_____

<input type="checkbox"/> 醫療小組/IPA 的名稱：	請列出涉及本案例 應用管理審查 的醫師或臨床醫護人員的姓名和專科。
<input type="checkbox"/> 主治醫師的姓名和專科：	

- 如果是加州醫療保險提供者，請列出提供者編號：_____
- 登記者是否是聯邦醫療保險受益人？是/否
- 登記者是否使用了體檢管理內的服務產品？是/否
- 如果是加州醫療保險，登記者是否已起訴進行公平審理？是/否

RHPI 傳真到健康計畫組織的日期：__/__/__

健康計畫組織回應的日期：__/__/__

重要的回應時間：健康計畫組織對 DMHC 的加速請求的回應時間為傳真之日起 24 小時內。健康計畫組織對 DMHC 的標準 IMR 請求的回應時間為傳真之日起兩個工作天內。

請將此表格和附件傳真給 DMHC：傳真 # (916) 229-4328 ATTN: _____

如有任何問題，請連絡：_____